ITEM 152 : INFECTION CUTANEO-MUQUEUSE

Physiopathologie	Surface cutanée : séparation de l'organisme et du milieu extérieur - **Flore commensale permanente** : bactéries (corynebactéries, staphylocoques blancs…), virus, parasites, champignons ➞ Portage constant physiologique, plus marqué dans certaines zones (grands plis, périnée, orifices narinaires) - Protection mécanique : **continuité des cornéocytes** - Protection chimique : **pH acide** (**5,5**), **sébum hydrophobe**, **peptides antimicrobiens** (défensine, lysozyme, cathélicidine) - Protection biologique : **microbiome non pathogène, système immunitaire** (cellules de Langerhans épidermiques, macrophages dermiques, lymphocytes à tropisme cutané)

INFECTION BACTERIENNE

- ***S. aureus*** : résistant à l'amoxicilline, sensible à la méticilline (++ pénicilline M (oxacilline)) dans >95% des cas
- ***Streptococcus pyogenes*** = **streptocoque β-hémolytique du groupe A** : sensible à l'amoxicilline dans 100% des cas
- Antibiothérapie de 2nd intention (en cas d'allergie) : **pristinamycine** ou **clindamycine**

IMPETIGO

Impétigo = infection de la couche cornée de l'épiderme à ***S. aureus*** (70%, 90% en France), **streptocoque pyogène** (30%, pays émergents+++) ou les 2
- Particulièrement fréquent chez l'enfant et en milieu défavorisé
- Très contagieux : auto-inoculation, petites épidémies familiales ou de collectivité
- **Impétigo primaire** (rarement chez l'adulte) ou **impétiginisation** = sur **dermatose préexistante** (eczéma, varicelle, lymphome cutané…) ou lésions de grattage (gale, pédiculose…)
➞ En cas d'impétiginisation sans dermatose connue : évoquer une **gale** ou une **pédiculose** (surtout à la nuque)
- Complications locales (très rares) : lymphangite, abcès sous-cutanés

C	**Impétigo bulleux staphylococcique**	= Production locale de **toxine exfoliatine A ou B** ➞ rupture de cohésion des kératinocytes en ciblant la desmogléine 1 des desmosomes de l'épiderme superficiel - Lésion élémentaire : vésico-**bulle fragile sur peau inflammatoire** - ➞ **pustule** ➞ **rupture** ➞ **érosion suintante** ou recouverte de **croûtes jaunâtres mélicériques** (couleur miel) - Localisation : peut toucher toute zone de la peau, classiquement péri-orificielle (péribuccale chez l'enfant, périanale, péri-génitale chez le nourrisson par macération des couches, « pemphigus épidémique des crèches ») - Regroupement de lésions multiples : placards polycycliques à contours circinés - Signes associés : **apyrexie, état général conservé, parfois ADP satellite** - **Forme clinique disséminée** : en particulier chez le nouveau-né et le nourrisson - Guérison sans cicatrice, mais maladie non immunisante
	Impétigo streptococcique	= Distinction clinique difficile avec l'impétigo staphylococcique, de peu d'intérêt - Complication (exceptionnelle) : **glomérulonéphrite post**-streptococcique (non prévenue par l'antibiothérapie)**, RAA** - Contrôle de la protéinurie 3 semaines après l'épisode infectieux non systématique
	Ecthyma	**= Impétigo creusant**, plus particulièrement au **streptocoque β-hémolytique du groupe A** - **Pathologie fréquente de la précarité** - **Ulcération profonde** du derme, initialement recouverte par une **croûte** épaisse noirâtre entourée d'un **halo inflammatoire**, laissant une **cicatrice séquellaire** - Le plus souvent au membre inférieur, chez l'adulte, volontiers diabétique ou éthylique ➞ A distinguer de l'**ecthyma gangrenosum** (dermohypodermite bactérienne nécrosante) à ***Pseudomonas*** chez l'immunodéprimé
PC	➞ **Diagnostic clinique** : aucun examen nécessaire - **Prélèvement d'une bulle non rompue pour examen bactériologique** seulement à but épidémiologique, en cas d'échec de traitement ou de cas compliqué	
TTT	TTT local	= En cas de forme peu étendue : surface atteinte < 2% ou ≤ 5 sites lésionnels, non extensif - **Pas d'antiseptiques locaux (HAS 2019)** - **Antibiotiques topiques (**une des rares indications !) : **mupirocine** 2 fois/jour pendant 5 jours
	TTT systémique	= En cas de lésions multiples étendues : **- Antibiothérapie per os** pendant **7 jours :** **- Enfant : céfadroxil (C1G)** ou **amoxicilline-acide clavulanique** (80 mg/kg) **- Adulte : céfalexine (C1G)** ou **pristinamycine.**
	Mesures associées	- **Renforcement des mesures d'hygiène personnelle** : Lavage biquotidien au savon avec rinçage, lavage des mains, brossage des ongles, changement quotidien de linge de corps - **Eviction scolaire** pendant 3 jours après le début du traitement sauf lésions protégeables - Traitement étiologique d'une dermatose sous-jacente

FOLLICULITE, FURONCLE

= Infection du follicule sébacé : à ***S. aureus*** dans la majorité des cas

Folliculite superficielle	= Infection de la partie superficielle du follicule pilo-sébacé (ostium folliculaire) - **Pustule** centrée par un poil, associée à un **érythème périfolliculaire,** sans cicatrice séquellaire - Localisation : nombre variable, siège sur les régions pileuses (cuisses, périnée, bras, dos, thorax), les cils (orgelet), favorisé par la macération et le frottement **- Sycosis de la barbe** : forme clinique particulière localisée à la face, caractérisée par l'extension et la chronicité des lésions, favorisée par le rasage
Furoncle	= Infection profonde et nécrosante avec atteinte du follicule pilo-sébacé en totalité (S. aureus +++) - **Papule** ou **nodule inflammatoire**, **douloureux**, centré par une **pustule** sur une zone pileuse, sans poil (le poil disparaît par nécrose) → **zone nécrotique centrale** (**bourbillon**) en quelques jours, avec cicatrice séquellaire - Si évolution abcédée récidivante avec petites épidémies familiales → recherche de forme toxinogène (Leucocidine de Panton-Valentine → nécrose) et portage chronique - Apyrexie sauf forme profuse ou disséminée - Favorisé par la macération et le frottement

DD	- Autre folliculite : **dermatophytes** (kérion = dermatophytie inflammatoire ; folliculite pytirosporique), **folliculite à Candida albicans** ou **à BGN** - **Acné** - Pseudo-Folliculite non infectieuse : **maladie de Behçet, maladie de Crohn, folliculite à éosinophiles** - **Hidradénite suppurée** = **maladie de Verneuil** : inflammation chronique des zones riches en glandes apocrines (plis axillaires, sous-mammaires et ano-périnéaux) - **Kyste épidermique** inflammatoire ou surinfecté sur le visage : notion de kyste préexistant
Complication	- **Anthrax** : conglomérat de plusieurs furoncles - **Furonculose** = furoncles avec évolution récidivante souvent lié à un portage nasal du S. aureus, (Recherche des FDR comme le diabète, l'immunodépression ou carence martiale souvent négative) - **Abcès primitif** **- Dermohypodermite aigüe** - **Lymphangite** - Complication systémique = porte d'entrée : **bactériémie ± localisation secondaire** (EI, infection de prothèse, spondylodiscite, arthrites...) - **Staphylococcie maligne de la face** (grave, rare) = dû à la manipulation d'un furoncle localisé dans la zone centro-faciale (limitée par le canthus interne, la commissure labiale et l'aile du nez), au-dessus de la ligne horizontale des lèvres (zone de drainage veineux vers le sinus caverneux) **: thrombophlébite superficielle septique des veines de la région centro-faciale**, avec risque de **thrombophlébite du sinus caverneux (risque vital)** **Clinique** : AEG avec œdème du visage +/- cordon veineux induré sous-jacent
PC	→ Diagnostic clinique : aucun bilan nécessaire en cas de forme non compliquée - Forme compliquée ou furonculose : **NFS, sérologie VIH, EPP, glycémie à jeun, prélèvement du furoncle, recherche de portage du S. aureus (nez, périnée, anus, cicatrices...)**

TTT		- **Mesures d'hygiène générales** : douche quotidienne, lavage des mains à l'antiseptique (chlorhexidine ou polyvidone iodée), **éviter la manipulation du furoncle et les vêtements synthétiques ou trop serrées** - **Soins antiseptiques locaux pluriquotidiens** (solution, crème, pommade) : **chlorhexidine, polyvidone iodée…** - En cas de sycosis : **mousse à raser antiseptique**, rasoirs jetables, espacer le rasage
	Folliculite	Si forme **profuse** : Amoxicilline-Acide clavulanique ou Pristinamycine
	Furoncle	**- Antibiothérapie** réservée aux patients comorbides ou formes à risque de complication (furoncle centro-facial) : Pristinamycine ou Clindamycine, pour **7 jours**. **- Incision si furoncle volumineux** **- Protection par un pansement**
	Furonculose	**- Prélèvement d'un furoncle pour antibiogramme puis :** - Mesure d'hygiène ci-dessus **- Recherche d'un portage de S. aureus dans les gites** - Antibiothérapie *per os* **par clindamycine** ou **pristinamycine** pour **7 jours** - **Décontamination des principaux gîtes de portage** (aisselles, périnée et vestibules narinaires) par **douche antiseptique quotidienne à la Chlorhexidine et application de pommade antibiotique (mupirocine) 2 fois par jour dans les vestibules nasaux, pour le patient ET son entourage.**

Autres infections cutanées staphylococciques	**Panaris**		= Infection du repli unguéal : repli unguéal inflammatoire et douloureux, augmenté de volume - TTT : **antiseptiques locaux ± incision et drainage**, antibiotique systémique (si résistance et/ou collection et/ou complication)
	Abcès		= **Collection de pus** : - **Abcès primaire** ou **spontané +/- récidive** +/- petites épidémies familiales : rechercher leucocidine de PV (S.aureus) - **Abcès 2ndr** (toxicomanie, inoculation…) : *S. aureus* +++ Attention : émergence de S.aureus Méti-R en milieu communautaire (SARM-CO) -> infections suppuratives dont de nombreux abcès parfois nécrotiques
		C	- **Nodule** ou **plaque** érythémateuse inflammatoire et très douloureux - Après quelques jours : consistance molle (témoin de la collection) - **Lymphangite** et/ou **ADP satellites** parfois associées, fièvre rare, état général conservé
		PC	**- Analyse bactériologique du pus systématique** : identification de la bactérie
		TTT	- **Traitement chirurgical** essentiellement : **drainage de l'abcès** sous AL ou AG, sans antibiothérapie associée sauf si : **Volume important > 5 cm, local**isation critique (visage), immunodépression, échec du drainage, âges extrêmes ou présence de signes généraux
	Lymphangite		= **Infection du réseau lymphatique** : généralement à ***S. aureus*** ou à **streptococcus pyogène** - **Traînée linéaire inflammatoire érythémateuse**, partant généralement de l'origine de l'infection et se dirigeant vers le relai ganglionnaire locorégional - Accompagné d'**ADP satellites** et parfois de **fièvre**, état général conservé - TTT : **antibiothérapie systémique**
Autres infections cutanées	**Thrombo-phlébite superficielle**		= Caractère thrombogène de *S. aureus* (permet le développement de l'infection, à l'origine d'emboles septiques et de localisations 2ndr) : **thrombose septique du réseau veineux superficiel**, qui peut se propager vers les veines profondes - **Classiquement** : complication d'un cathéter veineux → cordon inflammatoire induré à la palpation, fébricule → retrait du cathé, antiseptiques et ATB systémique si résistance ou complication - **Forme rare :** Staphylococcie maligne de la face
	Cellulite		= **Dermohypodermite** : **non due à *S. aureus*** mais souvent associé à une lésion cutanée à *S. aureus* - **Plaque** inflammatoire érythémateuse et douloureuse, généralement avec un œdème local et fièvre
	Infection 2ndr de plaie		- Plaie → colonisation → colonisation critique (rupture de l'équilibre) → infection (=manifestation pathologique d'une colonisation) → **Lésion inflammatoire** (douleur, érythème), **présence de pus et de fièvre** (non obligatoires) - Distinction difficile entre colonisation et infection, surtout pour les plaies chroniques - **Attention : prélèvement bactériologique positif ≠ infection (++ sur les plaies chroniques) !**
	Manifestation systémique		= Manifestation dermatologique de la diffusion systémique d'une toxine : ***Staphylococcal Scalded Skin Syndrome* (SSSS)**, ***Toxic Shock Syndrom***
ERYSIPELE	= **Dermohypodermite bactérienne aiguë** non nécrosante : le plus souvent à un **streptocoque pyogenes** (mais **B, C ou G**) - Symptomatologie marquée principalement liée à un superantigène, malgré une prolifération bactérienne peu intense (hémocultures positives < de 5% des cas) - Concerne surtout l'adulte > 40 ans, rare chez l'enfant, atteinte du membre inférieur dans 95% des cas - Principaux facteurs favorisants : **lymphœdème chronique ++, insuffisance veineuse, obésité, porte d'entrée cutanée**		
	C		- **Fièvre** variable, de 38 à 40°C, avec **frissons** : 1er signe - **Placard cutané** inflammatoire bien circonscrit et œdémateux, douloureux, d'extension rapide et unilatéral - **Bourrelet périphérique** : rare sur la jambe, fréquent au visage - **Décollements bulleux superficiels** et **purpura localisé** possibles (conséquences de l'œdème dermique) - **ADP inflammatoires régionales** et/ou **lymphangite** fréquente - Absence de nécrose, de crépitation, de signe de choc ou d'hypoesthésie → Rechercher une porte d'entrée (présente dans 75% des cas): **fissuration inter-orteil** (mécanique, mycosique), **piqûre, plaie**…
		Forme – Symptômes	- **Forme bulleuse**, **purpurique**, voire **nécrotique**
		Forme – Topographie	- **Au visage** (**5 à 10%)** : placard inflammatoire souvent unilatéral, très œdémateux, avec bourrelet périphérique marqué - Plus rarement : **membre supérieur (ATCD de curage), abdomen, thorax** (ATCD de thoracotomie ou mammectomie), **fessier**
	PC		→ Diagnostic clinique : aucun examen complémentaire nécessaire en l'absence de signe de gravité **-NFS/CRP** souvent élevées **précocement** - Prélèvement de la porte d'entrée si contexte de voyage, aquatique, morsure animale ou humaine .. - **Examen bactériologique** : peu contributif (rarement positif au niveau de la porte d'entrée ou d'hémocultures) - **Echographie-Doppler du MI** : non systématique, seulement si suspicion de thrombose veineuse profonde

<table>
<tr><td rowspan="5">ERYSIPELE</td><td>DD</td><td colspan="2">- Thrombose veineuse surale
- Dermohypodermite de stase (sur insuffisance veineuse) : bilatérale, subaiguë/chronique, sans fièvre, pas de syndrome inflammatoire biologique
- Dermohypodermite à S. Aureus : Contexte de mal perforant plantaire ou toxicomanie. Présence fréquente de pus.
- Infection de site opératoire (matériel d'ostéosynthèse ou prothèse)
- Morsure, griffure, érythème migrant, érythème noueux, lymphangite, panniculite
- Dermohypodermite nécrosante : fièvre persistante sous antibiotique ou hypothermie, collapsus, AEG important, douleur très intense ou évoluant vers une hypoesthésie, induration diffuse et rapidement extensive, zones cyaniques et/ou nécrotiques, crépitation → exploration chirurgicale en urgence ± IRM si disponible</td></tr>
<tr><td rowspan="4">TTT</td><td colspan="2">→ Hospitalisation seulement si : doute diagnostique, signes généraux marqués, complications, comorbidités significatives (diabète, insuffisance cardiaque…), contexte social défavorable ou absence d'amélioration à 72h, > 75a ou < 1a
- Guérison sous antibiothérapie : apyrexie en 2-3 jours, disparition des lésions cutanées généralement en 14 jours
- Récidive : risque évolutif principal = 30%, favorisée par l'insuffisance veineuse ou une lymphangite chronique, la persistance d'une porte d'entrée (ulcère de jambe, intertrigo inter-digito-plantaire) et le surpoids
→ < 1% de mortalité (par décompensation de comorbidités)
- Si pas d'amélioration → Suspecter forme abcédée, forme nécrosante évoluant à bras bruit ou étiologie non streptococcique.<</td></tr>
<tr><td>Antibio-thérapie</td><td>= Antibiothérapie systémique antistreptococcique :
- β-lactamine : - Pénicilline G injectable : traitement de référence, de moins en moins utilisé
- Amoxicilline : oral ± début IV, 50 mg/kg en 3 prises/j pendant 7 jours
- Augmentin® si doute sur autre bactérie en cause (S. aureus)
- 2nd intention (si allergie) : pristinamycine (ou clindamycine mais 6% de résistance)</td></tr>
<tr><td>Mesures associées</td><td>- Repos au lit non strict avec surélévation des membres inférieurs, arceau
- Antalgique en cas de douleur
- Anticoagulation préventive seulement si terrain à risque de maladie thromboembolique
- Traitement adapté de la porte d'entrée
→ Anti-inflammatoire systémique formellement déconseillé : risque de fasciite nécrosante
- Prise en charge du risque tétanique</td></tr>
<tr><td>Prévention des récidives</td><td>- TTT d'une porte d'entrée persistante : antifongique topique si intertrigo mycosique…
- Prise en charge des facteurs favorisants : insuffisance veino-lymphatique, obésité…
- En cas de récidives multiples ≥ 2 épisodes/an malgré la correction des facteurs favorisants : antibiothérapie au long cours possible par benzathine-benzylpénicilline toutes les 2 à 3 semaines pendant 6 mois.</td></tr>
<tr><td rowspan="6">DERMOHYPODERMITE N</td><td colspan="3">= Prolifération bactérienne intense, généralement à streptocoque A en association avec d'autres bactéries type BGN, anaérobie (Clostridium…), avec nécrose évoluant de la profondeur vers la superficie → urgence vitale (30% de mortalité)
- Fasciite nécrosante associée en cas d'atteinte des aponévroses superficielles et fascias profonds intermusculaires
- Terrain favorisant : diabète (25% des cas), artériopathie, mauvais état général, prise d'AINS
- Localisation : membre inférieur (plus fréquent), cervico-faciale (« cellulite » d'origine dentaire, chirurgie ORL, avec risque de médiastinite), thoraco-abdominale (post-chirurgical), périnéale = gangrène de Fournier (lésion périanale ou chirurgie, surtout anale)
- Classification : - Type 1 : infection polymicrobienne à anaérobies, CGP et BGN
- Type 2 : infection mono-microbienne à streptocoque A ou S. aureus
- Type 3 : infection à Vibrio vulnificus (contamination en eau chaude en Asie)</td></tr>
<tr><td>C</td><td colspan="2">= Présentation identique à un érysipèle avec présence de signes de gravité :
- Signes généraux marqués : sepsis grave, choc septique
- Douleur intense, non soulagée par les antalgiques de palier 1 et 2, s'étendant au-delà des lésions
- Induration des tissus au-delà des lésions visibles
- Evolution défavorable malgré l'antibiothérapie adaptée au diagnostic d'érysipèle
- Extension rapide en quelques heures
- Signes locaux (à un stade tardif) : placards grisâtres, hypoesthésie, évoluant vers la nécrose (tâches cyaniques, bulles hémorragiques, aspect livide et atone de la peau)
- Crépitation neigeuse en cas d'association avec des bactéries anaérobies</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="2">- Bilan : bilan préopératoire, hémocultures (positives dans 10-20% des cas)
- Prélèvements bactériologiques peropératoires (aérobie et anaérobie)
- Imagerie uniquement si réalisable rapidement = IRM (référence), scanner, voire échographie ou Rx : apprécie l'extension en profondeur de la nécrose (épaississement, infiltration hétérogène, bulles d'air)</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td colspan="2">→ Hospitalisation urgente en réanimation : mesures non spécifiques de réanimation</td></tr>
<tr><td></td><td>Traitement chirurgical</td><td>- Débridement chirurgical large des tissus nécrosés, lavage abondant, mise en place de drain
- Reprises si besoin les jours suivant (tant que réapparaissent des zones de nécrose)
- Amputation parfois nécessaire
- Dans les formes périnéales : dérivation digestive (colostomie) et urinaire
- Chirurgie reconstructrice si besoin dans un 2nd temps : lambeaux, greffes…</td></tr>
</table>

		Antibio-thérapie	**=** IV à forte dose, secondairement adaptée, pour une durée de **14 à 21 jours** - Membres ou région faciale : **Augmentin®** + **clindamycine** (anti-toxinique) - Abdomino-périnéale : **pipéracilline-tazobactam** ou **imipenème** + **métronidazole** - Post-opératoire ou nosocomiale : **pipéracilline-tazobactam** ou **imipenème** - Toxicomane : **Augmentin®** ou **pénicilline M** (anti-SASM) ± **vancomycine** (anti-SARM) - En cas de sepsis grave : + **aminoside** (gentamycine si communautaire, amikacine si nosocomiale)
		Autres	- **Oxygénothérapie hyperbare** : efficacité prouvée en cas d'infection à germes anaérobies - **Ig polyvalentes** : antitoxinique, efficacité prouvée en cas d'infection streptococcique
MYOSITE	= **Myo-nécrose** ou **myosite bactérienne** : atteinte primitive ou prédominante du muscle, avec ou sans nécrose, fréquemment associée à une atteinte des fascias et de l'hypoderme - Généralement mono-microbien : ***Clostridium***, surtout ***C. perfringens*** (90%), **streptocoque A, *S. aureus*** - Après un **traumatisme** (plaie souillée), en **post-opératoire** (amputation), pied diabétique, brûlure, escarre, injection IM - Début brutal avec **œdème tendu**, très douloureux, signes cutanés peu marqués (**peau pâle** puis **rouge-violacée**), **crépitation sous-cutanée**, **signes généraux marqués** → **Urgence chirurgicale** : prise en charge identique à la dermohypodermite nécrosante		

INFECTION À CANDIDA

Candida albicans : levure endo-saprophyte du tube digestif et des muqueuses génitales féminines (**jamais sur la peau saine !**)
- Peut passer de l'état saprophyte à l'état pathogène sous l'influence de divers facteurs favorisant

Infestation:
- **Endogène** principalement : porte d'entrée digestive ou génitale
- **Exogène** (rare): chorioamniotite par vaginite candidosique chez la mère, candidose sexuellement transmissible
- **Septicémie** ou **lésion viscérale profonde** (très rare) : immunosuppression, aplasie médullaire, nouveau-né prématuré

FdR	Facteurs locaux		**- Humidité/macération** : contacts répétés avec l'eau, occlusion, obésité, transpiration… - **pH acide**, **irritation chronique** (prothèse dentaire, mucite post-radique…), **xérostomie** - Facteurs locaux d'origine exogènes : pâtissiers (contacts répétés avec le sucre)
	Facteurs généraux		- **Immunosuppression** : congénitale, âges extrêmes, grossesse, immunosuppresseur, corticoïdes, VIH **- Diabète** - **Antibiotiques généraux**, **oestroprogestatifs**
Candidose buccale et digestive	= Touche 1 ou plusieurs segments du tube digestif, prédominante aux extrémités (bouche et anus) : fréquent aux âges extrêmes (nouveau-né, sujet âgé, surtout avec prothèse dentaire), immunodéprimés ou sous antibiotique		
	Candidose buccale		- **Perlèche** : **intertrigo de la commissure labiale**, uni- ou bilatérale, avec un fond érythémateux du pli, fissuraire, voire macéré, et extension possible à la peau adjacente et aux lèvres (**chéilite**) - **Glossite** : langue érythémateuse et dépapillée, souvent associée à la stomatite - **Stomatite** : **sécheresse buccale** (xérostomie), sensation de cuisson, goût métallique et/ou désagréable et/ou modification de la perception gustative (dysgueusie), muqueuse (gencives et palais) brillante, rouge, vernissée et douloureuse - **Muguet** = face interne des joues : **érythème** recouvert d'un **enduit blanchâtre**, se détachant facilement au raclage, avec extension possible au **pharynx** (dysphagie) → En l'absence de facteur favorisant retrouvé : **dépistage VIH**
		DD	- Stomatite : **autres inflammations** de la muqueuse buccale (lichen, eczéma de contact…) - Muguet : leucoplasie, lichen - Glossite : - **Langue géographique** (glossite exfoliatrice marginée) : plaque rouge dépapillée entourée d'une bordure blanche, mobile d'un jour à l'autre idiopathique ou associée à une dermatose comme le psoriasis - **Langue noire villeuse** : simple oxydation des papilles du dos de la langue, souvent due au tabagisme - Glossites carentielles ou métaboliques - Perlèche : **streptococcique** (parfois associée à Candida), **syphilitique** (symptôme rarement isolé), **herpétique**, **nutritionnelle (carences martiales ou en zinc)**
	Candidose digestive		- **Candidose œsophagienne** (plus rare) : généralement par extension d'une candidose buccale, doit faire rechercher une immunodépression (notamment VIH avec CD4 < 400, hémopathies, traitements) - **Candidose gastro-intestinale** : généralement accompagnant une candidose bucco-œsophagienne, possiblement révélée par une **diarrhée** (mais la présence de C.albicans dans un prélèvement de selles peut être juste une colonisation saprophyte si pas de symptômes) - **Candidose anorectale** : **anite** prurigineuse, érythémateuse, érosive et suintante, avec atteinte péri-anale pouvant se prolonger par un **intertrigo inter-fessier** avec fines pustules inflammatoires en périph.
		DD	- Atteinte périanale : **anite streptococcique, macération, hémorroïdes**

<table>
<tr><td rowspan="6">Candidose génitale</td><td colspan="3">- Caractère sexuellement transmissible controversé (surtout chez la femme)
- Possible survenue chez l'enfant par extension d'une dermatite fessière ou d'une anite candidosique</td></tr>
<tr><td>Vulvo-vaginite candidosique</td><td colspan="2">= Femmes jeunes et d'âge moyen, surtout pendant la grossesse, rare > 50 ans
- Lésions érythémateuses et œdémateuses, puis enduit blanchâtre et leucorrhées, souvent abondantes, blanc jaunâtre, stagnant dans les plis de la muqueuse vulvo-vaginale
- Prurit, souvent intense, possiblement accompagné de dyspareunie
- Fréquente extension aux plis inguinaux et au pli inter-fessier
- Possible cervicite érosive ou urétrite (dysurie, pollakiurie) associée
- Forme récidivante ou chronique : prolifération répétée d'une colonisation saprophyte, retentissement psychique ++</td></tr>
<tr><td></td><td>DD</td><td>- Infectieuse : bactérienne, parasitaire (trichomonose)
- Inflammatoire : lichen scléreux (surtout femme ménopausée), eczéma de contact, lichénification, psoriasis
-tumorales : carcinome épidermoïde in situ, adénocarcinome intra-épithélial à cellules claires (maladie de Paget extra-mammaire)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Candidose génitale masculine</td><td colspan="2">= Peu fréquente, souvent paucisymptomatique : picotements post-coïtal, sans lésion détectable
- Balanite et balanoposthite : lésion érythémateuse, rarement pustuleuse du gland, du sillon balanoprépucial et/ou du prépuce
- Méatite : érythème péri-méatique, dysurie, prurit, accompagnant souvent la balanite, exceptionnellement écoulement purulent blanc verdâtre → à authentifier par prélèvement mycologique
- Urétrite masculine : exceptionnelle, souvent terrain particulier (immunodépression), brulures mictionnelles/dysurie/écoulement urétral</td></tr>
<tr><td>DD</td><td>- Infection : syphilis secondaire, herpès génital
- Irritative (balanite de macération) ou inflammatoire (psoriasis)
- Carcinome intra-épithélial : érythroplasie de Queyrat → biopsie au moindre doute</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Intertrigo candidosique</td><td colspan="3">= Le plus souvent auto-inoculation à partir d'un réservoir digestif ou vaginal, favorisé par la macération, l'obésité, le diabète, le manque d'hygiène et l'antibiothérapie systémique évolution souvent chronique, récidivante
- Diagnostic clinique, grands plis > petits plis
- Lésion prurigineuse à fond érythémateux, recouvert d'un enduit crémeux malodorant et suintant, avec une fissure fréquente au fond du pli, limitée par une bordure pustuleuse ou une collerette desquamative</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Intertrigo des grands plis</td><td colspan="2">= Plis génito-cruraux (nourrissons ++), interfessier, sous-mammaires ou du repli abdominal chez l'obèse
- Atteintes souvent intriquées entre elles (« complexe des grands plis »), souvent bilatéral et
- Débute au fond du pli par une fissure prurigineuse bilatérale et symétrique en faveur d'une atteinte candidosique
- Evolution centrifuge avec en périphérie de petites pustules ou une fine desquamation</td></tr>
<tr><td>DD</td><td>- Intertrigo dermatophytique : surtout des plis inguinaux et interdigitaux plantaires
- Psoriasis inversé : intertrigo vernissé, bien limité, parfois papuleux, sans pustule ni aspect en collerette en périphérie → à évoquer en cas d'intertrigo résistant à un traitement bien conduit, ou de plaque psoriasique typique en dehors des plis
- Dermatite de contact allergique (prurigineuse, érythémato-vésiculeuse, suintante) ou caustique (sèche, crevassée)
- Intertrigo microbien : staphylocoque, streptocoque ou pyocyanique → intertrigo douloureux, fissuraire ou répondant mal à l'antifongique
- Erythrasma = intertrigo à corynébactéries : tache brune chamoisée, volontiers symétrique, de teinte homogène, asymptomatique, fluorescence rouge corail en lumière de Wood</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Intertrigo des petits plis</td><td colspan="2">= Interdigitaux des mains ou des pieds (plus fréquents), péri-ombilical, périanal, rétro-auriculaire
Facteurs favorisants :
- Contact avec l'eau (plongeur en restaurant, ménagère) ou le sucre (pâtissiers) pour l'atteinte des mains
- Hyperhidrose (transpiration excessive)
- Occlusion : port de chaussures de sécurité, bottes…</td></tr>
<tr><td>DD</td><td>- Dermatophytose, dyshidrose, psoriasis</td></tr>
<tr><td>Cand. des phanères</td><td>Onychomycose candidosique</td><td colspan="2">= Atteinte préférentielle des mains, favorisé par contact avec l'eau (ménagère) ou le sucre (artisan pâtissier), évolution chronique par poussées intermittentes
- Périonyxis (ou paronychie) : tuméfaction douloureuse de la zone matricielle et du repli sus-unguéal, possible sudation de pus à la pression
- Onyxis = envahissement de la tablette unguéale : teinte marron verdâtre dans les régions proximales et latérales
- Surinfection bactérienne fréquente, notamment à Pseudomonas (teinte bleu-vert)</td></tr>
<tr><td></td><td>DD</td><td>- Périonyxis bactérien
- Onyxis à dermatophyte, psoriasis (vulgaire, pustuleux), lichen, pelade, microtraumatismes</td></tr>
</table>

	Folliculite candidosique du cuir chevelu		= **Inflammation** et **suppuration douloureuse** du follicule pilosébacée par *C. albicans* - Volontiers associées à l'**héroïnomanie IV** (témoin d'une septicémie)
		DD	**Folliculite microbienne, pytirosporique, inflammatoires**
Autres	**Candidose cutanée congénitale**		= **Pustulose diffuse du nouveau-né** = consécutive à une **chorioamniotite** par vulvo-vaginite maternelle en fin de grossesse : rare, de bon pronostic - A différencier de la **candidose systémique gravissime** : nouveau-né prématuré de faible poids de naissance, contaminé au cours du passage dans la filière génitale de mauvais pronostic +++
	Candidose cutanéo-muqueuse chronique		= Lié à un **déficit congénital de l'immunité cellulaire** vis-à-vis de *C. albicans* : très rare - Surtout chez l'enfant : **atteinte unguéale, buccale** voire **cutanée** (**granulomes moniliasiques**) - Plus discrète chez l'adulte
Diagnostic mycologique	= Non systématique en routine : présentation clinique souvent évidente - Indication : atypie, doute diagnostique (avant traitement), lésion récidivante ou résistante au traitement - **Prélèvement de lésion cutanéo-muqueuse** à l'écouvillon, ou **de l'ongle** (découpage d'un fragment de tablette)		
	Examen direct		- Recherche de **levures bourgeonnantes** - Présence de **pseudo-filaments** ou de **filaments** : signe le pouvoir pathogène de *C. albicans*
	Culture sur milieu de Sabouraud		- **Développement des colonies** en 48h : caractérisation de l'espèce en cause - Mise en évidence de *C. albicans* : . Site cutané : diagnostic (absent de la peau saine) . Site muqueux : interprétation selon le nombre de colonies et de la présence de filaments
TTT	**Antifongique local**		- **Imidazolé** : **clotrimazole, bifonazole, éconazole, genticonazole, isoconazole, kétoconazole, miconazole, omoconazole, oxiconazole, sertaconazole, tioconazole** - **Pyridone** : **ciclopiroxolamine** (Mycoster®) - **Allylamine** : **terbinafine** (Lamisil®), d'efficacité moindre sur C.albicans - **Critères de choix** : imidazolés en 1ere intention, forme galénique adaptée au site (pas de poudre dans les plis, irritant), 1 à 2 applications quotidiennes, pendant 2 à 4 semaines, formes particulières pour les muqueuses (suspension buccales, dragées, ovules
	Antifongique systémique		→ Aucun antifongique oral n'est autorisé chez la femme enceinte - **Fluconazole** (Triflucan®) : 1ere intention, IV pour les candidoses disséminées, systémiques et profondes ; ou *PO* pour les candidoses oropharyngées et œsophagiennes en cas d'ID**, nombreuses interactions médicamenteuses (inducteur du cytochrome → AVK, sulfamides…)** - **Polyène** = prévention des mycoses des sujets ID ou TT complémentaire des candidoses vaginales et cutanées, toxicité rénale et hémato → usage en réa ou chez les transplantés, Suspension buvables pour les candidoses œso-pharyngées (pas d'absorption donc action seulement locale) → **Amphotéricine B :** TT de référence des mycoses systémiques,) ou **nystatine** **- Terbinafine :** en 2nd intention, moins efficace que sur les dermatophytes, que si CI au Fluconazole **- Autres** : itraconazole, flucytosine : infections systémiques et ID, jamais dans les formes superficielles
Stratégie thérapeutique	- **Traitement local** systématique - **Traitement systémique** associé en cas d'atteinte étendue, inaccessible à un traitement local simple (ongle…) ou chez l'immunodéprimé et/ou sévère (néonat, septicémie à C.albicans…		
	Candidose buccale	Immuno-compétent	TTT local :- **Nystatine** (Mycostatine®) : 4 à 8 comprimés à sucer/jour - **Amphotéricine B** (Fungizone®) : en suspension, 4 cuillères à café en 2 prises/jour - **Miconazole** (Daktarin®) : en gel buccal, 2 cuillères 4 fois/j (CI : AVK/sulfamide) ou cp buccal muco-adhésif (à laisser en place 24h contre la gencive, pendant 7 à 14J, **CI avec AVK ou sulfamides hypoglycémiants**) - Durée : **1 à 3 semaines** - Produits maintenus en contact avec la muqueuse pendant quelques minutes - Soins à distance des repas TTT adjuvant : **bains de bouche alcalin** (**Eludril®** ou **bicarbonate de sodium** pour alcaliniser)
		Enfant et nourrisson	-Amphotéricine suspension : 1 cuillère à café/10kg/24h en 2-3 prises (50mg/kg par jour) - Miconazole gel buccal : 1cuil mesure (2,5ml) 4/jour
		Immuno-déprimé	**=** Traitement par voie général associé, surtout en cas d'atteinte œsophagienne, augmentation des posologies pour éviter résistances - **Fluconazole** (Triflucan®, 200mg/j si buccale, 400mg/j si atteinte œsophagienne) ou **itraconazole** (Sporanox®) : en cures courtes de **7 à 14 jours**, discontinues pour éviter la résistance (14 à 21 jours si atteinte œsophagienne)

	Candidose génitale	Vulvo-vaginite aiguë	- **Imidazolé** : **1 ovule** pendant **1 à 3 jours** - **Crème antifongique locale** type **dérivé imidazolé** pendant **2 à 4 semaines** - **Nystatine** - **Toilette au savon alcalin** (Hydralin®)
		Vulvo-vaginite récidivante	- Traitement préventif : **ovule antifongique LP** 1 fois/mois à **J20** du cycle - Fluconazole per os à discuter - Traitement prophylactique par **ovule d'imidazolé LP** avant antibiothérapie si ATCD - Rechercher et traiter une éventuelle candidose chez le partenaire
		Balanite	- **Toilette au savon alcalin** (Hydralin®) - 1-2 Applications quotidiennes de **dérivé azolé** pendant **1 semaine.** - Si échec, **fluconazole** *per os.* - Rechercher et traiter une éventuelle candidose chez le partenaire
	Candidose des plis		- **Antifongique local** = lotion, gel, poudre, crème : **imidazolé, Amphotéricine B** ou **ciclopiroxolamine** pendant **2 à 4 semaines** - **Eradication des facteurs favorisants** : macération, traitement d'un réservoir buccal, digestif ou vaginal
	Candidose unguéale		- **Antifongique local** = **solution « filmogène »** ou **crème sous occlusion** : efficace seulement en cas d'atteinte modérée et distale - **Antifongique systémique** si atteinte de plusieurs doigts ou échec des topiques, après identification mycologique : **fluconazole** (Triflucan®, 150 à 300mg/j) pendant **6 semaines à 3 mois (hors AMM)** - Mesures associées : **séchage des doigts**, **bains de doigts antiseptique** (poly-vinyle-pyrrolidone ou chlorhexidine) pour lutter contre la surinfection bactérienne, **port de gants**

Atteinte	Mesures associées	Antifongique	Durée
Candidose buccale	Soins à distance des repas **Bains de bouche alcalin**	TTT local : **Miconazole** (gel buccal) → CI : AVK, sulfamide **Amphotéricine B** (suspension) **Nystatine** (cp à sucer)	1-3 semaines
		Chez l'immunodéprimé : TTT systémique **Fluconazole** ou **Itraconazole**	5-15 jours Discontinues
Vulvo-vaginite	**Toilette au savon alcalin** Recherche et traitement des partenaires	**Ovule imidazole**	1-3 jours
		Crème imidazole	2-4 semaines
		Si récidivante : **ovule imidazole LP**	1/mois à J20 du cycle Avant toute antibiothérapie
Balanite	**Toilette au savon alcalin**	**Crème imidazole**	2-3 semaines
Candidose des plis	Eradication des facteurs favorisants Traiter un réservoir buccal, digestif ou vaginal	TTT local (lotion, gel, poudre, crème) : **Imidazole** ou **ciclopiroxolamine**	2-4 semaines
Candidose unguéale	Séchage des doigts **Bains antiseptiques**	TTT local si atteinte modérée/distale : **solution filmogène, crème sous occlusion**	
		TTT systémique si atteinte de plusieurs doigts ou échec du topique **Fluconazole** → Après identification mycologique	6 à 12 semaines

INFECTION À DERMATOPHYTE

Dermatophyte = mycose superficielle : **champignons filamenteux** type ***Epidermophyton, Microsporum*** ou ***Trichophyton***
- Non saprophyte de la peau, des muqueuses ou des phanères ➝ **toujours pathogènes**
- 3 réservoirs : tellurique, humain, animal
- Affinité pour la kératine (couche cornée de l'épiderme et phanères) ➝ aucune atteinte muqueuse
- Facteur favorisant principal : **altération épidermique** (traumatique…)
- Transmission par contact avec des **poils** ou des **squames** contaminés

Transmission

Interhumaine : contamination directe, ou le plus souvent indirecte par les sols (squame), peigne, brosse, vêtement, chapeaux…
- Espèce anthropophile : ***Trichophyton*** (*T. rubrum, T. interdigitale, T. violaceum, T. soudanenese, T. tonsurans…)*
- Prédomine en milieu sportif (**piscine**), **douches collectives, vestiaires des écoles**, favorisé par la macération
➝ Risque épidémique en cas de teigne (*T. soudanense*)

Mammifère (**zoophile** : *Microsporum canis, T. mentagriphytes*) : élevage ou de compagnie, lésion souvent inflammatoire
Tellurique (géophile) : *M. gypseum* transmission par le sol (terre, sable) ou par un animal vecteur

Dermatophytose des plis

= ***Trichophyton rubrum*** (70-80%) ou ***interdigitale*** (10-15%) ou ***Epidermophyton floccosum*** (5%)

Intertrigo inter-orteils

= Touche l'adulte/ado surtout, préférentiellement au 3ème et 4ème espaces
- Aspect de simple **desquamation** sèche ou suintante, associée ou non à des **fissures** ou à des **vésiculo-bulles** sur la face interne des orteils et au fond du pli ± **prurit** variable
- Complication : porte d'entrée bactérienne (érysipèle), diffusion à l'ensemble du pied (tinea pedis) ou d'autres régions du corps, contamination pied-main (notamment *T. rubrum,* « two feet-one hand »)

DD
- **Candidose à *Candida albicans*** : rare au pied, le plus souvent au 1er espace
- **Eczéma dyshidrosique**: vésicules bien individualisées, bulles, évoluant par poussées, prurit intense +/- suintement
- **Intertrigo à BGN** : lésions érosives, douloureuses, atteinte généralement de plusieurs espaces inter-orteils, très suintante parfois verdâtre, odeur âcre, résistant à l'antifongique

Atteinte des grands plis

Pli inguinal = **eczéma marginé de Hébra** : généralement auto-inoculation à partir du pied
- **Placard** bistre (guérison centrale), à bordure active érythémato-squameuse, voire vésiculeuse avec fin décollement épidermique, **prurigineux**
- Extension à la face interne de la cuisse de façon centrifuge : contour circiné, en carte de géographie
- **Fond du pli** : ni érythémateux, ni fissuré, plutôt sec

➝ En faveur d'une dermatophytose : - Bordure **érythémato-vésiculo-squameuse** et **bien limitée**
- **Extension centrifuge** avec **guérison centrale**
- **Atteinte unilatérale**

Autres plis = **inter-fessier, axillaire, abdominal, sous-mammaire** : moins fréquent, aspect identique

DD
- **Candidose** : placard rouge, souvent vernissé, pli fissuré, recouvert d'un enduit blanchâtre, bords émiettés avec fine collerette ou pustules périphériques, sans extension à distance du pli
- **Erythrasma à *Corynebacterium minutissimum*** : placard brun chamois, finement squameux, sans bordure active, avec fluorescence rouge corail à la lampe de Wood
- Non infectieux : **dermatite de contact irritative, eczéma de contact, psoriasis inversé**

Dermatophytose en peau glabre

= +++ à **dermatophyte anthropophile des pieds** (*T. rubrum* ++) ou **zoophile (chat, chien)** par contact direct ou indirecte

Dermatophytie circinée

= ***Tinea corporis*** ou « **herpès circiné** » : atteinte unique ou multiple, surtout des régions découvertes, chez les personnes exposées à des animaux domestiques et d'élevage.
- **Placards** arrondis ou polycycliques (coalescents), avec bordure érythémato-vésiculo-squameuse très évocatrice, d'évolution centrifuge avec guérison centrale
- **Prurit** parfois intense

Kérion

= **Forme inflammatoire** : dermatophyte d'origine animale ou tellurique
- **Lésion nodulaire** et **pustuleuse**
- Parfois 2ndr à l'application d'une corticothérapie locale

Kératodermie palmoplantaire

- Tableau stéréotypé : **kératodermie palmaire unilatéral,** occasionnellement prurigineuse, associée à une **kératodermie des 2 plantes** (« *one hand, two feet* »)
- Aspect blanchâtre, farineux, avec renforcement des plis palmoplantaires ± atteinte unguéale
- Une atteinte plantaire, +/- fissuraire, +/- limitée au talon, isolée sans atteinte palmaire possible

Forme de l'immunodéprimé

= **VIH, corticothérapie à haute dose, greffé d'organe, diabète** : absence de bordure évolutive et de prurit, profusion des lésions, rapidité d'extension

DD

- Lésion annulaire ≠ dermatophytose : éliminer un **eczéma nummulaire**, une **dermatite atopique**, un **psoriasis annulaire**, un **pityriasis rosé de Gilbert** (virose à lésions multiples), un **lupus cutané chronique**

<table>
<tr><td rowspan="9">TEIGNE</td><td colspan="3">= Infection dermatophytique avec parasitisme pilaire : beaucoup plus fréquente chez l'enfant</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Teigne du cuir chevelu</td><td colspan="2">= Essentiellement l'enfant avant la puberté : transmission interhumaine indirecte (bonnet, matériel de coiffure : petites épidémies intrafamiliales), ou transmission animale (formes inflammatoires +++)</td></tr>
<tr><td>Teigne tondante microsporique</td><td>= Plaque alopécique et squameuse, de grande taille, unique ou peu nombreuses, arrondies, extension centrifuge
- Cheveux cassés à quelques millimètres de la peau
- Fluorescence jaune-vert à la lumière de Wood
➝ D'origine anthropophile ou animale</td></tr>
<tr><td>Teigne tondante trichophytique</td><td>= Multiples petites plaques alopéciques éparses, squameuses ou squamo-croûteuses, parfois pustuleuse
- Engluant des cheveux cassés à l'émergence
- Non fluorescente à la lumière de Wood
➝ Toute d'origine anthropophile</td></tr>
<tr><td>Favus</td><td>= Teigne favique à T. schönleini (exceptionnelle en France) : plaques alopéciques arrondies recouvertes de squames-croûtes à dépression cupuliforme (« godets faviques »)
- Evolution cicatricielle vers l'alopécie définitive</td></tr>
<tr><td>Kérion</td><td>= Teigne inflammatoire : en milieu rural surtout, par teigne animale (T. mentagrophytes, transmission possible par équidés dans le monde sportif)
- Lésions nodulaires, crouteuses, inflammatoires et douloureuses, avec orifices pseudo-fistuleux avec écoulement purulent et sanglant (pas de réelle collection abcédée) : dépilation si atteintes de zones pileuses/cuir chevelu
- Souvent accompagné d'ADP satellites ± fièvre</td></tr>
<tr><td>Teigne de la barbe</td><td colspan="2">= Sycosis : folliculite aiguë suppurée avec papules inflammatoires, pustuleuses, parfois verruqueuses
➝ Difficile à distinguer d'une folliculite staphylococcique : diagnostic au prélèvement mycologique</td></tr>
<tr><td>Aspects atypiques</td><td colspan="2">- Pityriasis diffus (état pelliculaire)
- Formes modifiées par l'application de topiques
- Teignes des immunodéprimés (surtout VIH) : peut simuler une dermatite séborrhéique ou un psoriasis</td></tr>
<tr><td>DD</td><td colspan="2">- Psoriasis du cuir chevelu
- Fausse teigne amiantacée (non alopéciques)
- Dermatite séborrhéique
- Autres causes d'alopécies circonscrites (pelades, pas de squame)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Onyxis dermato-phytique</td><td colspan="2">Ongles des orteils principalement (80%) : Trichophyton rubrum (80%) ou interdigitale (20%)
- Atteinte unguéale presque toujours associée à l'atteinte des espaces interdigitaux ou des plantes
- Débute dans la partie distale et/ou latérale par une leuconychie, suivie d'une hyperkératose sous-unguéale, puis d'une oncholyse par décollement distal de la tablette unguéale, sans périonyxis
Ongle des doigts : beaucoup moins fréquent que l'onyxis candidosique, espèces variées mais T. rubrum toujours prédominant</td></tr>
<tr><td>DD</td><td>- Onychopathie post-traumatique (microtraumatisme de chaussure, notamment du gros orteil)
- Psoriasis</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Diagnostic mycologique</td><td colspan="3">= Indispensable (sauf pour les intertrigos inter-orteils) : faible valeur prédictive de la clinique (polymorphisme lésionnel), nécessité fréquente d'une enquête pour déterminer l'origine humaine ou animale
➝ Avant toute prescription d'antifongique local ou systémique ou après une fenêtre thérapeutique de 2 semaines</td></tr>
<tr><td>Examen en lumière UV</td><td colspan="2">= Lampe de Wood : fluorescence variable selon l'agent pathogène, vérifie l'extension des lésions
- Dermatophytose microsporique : fluorescence jaune-vert des poils
- Dermatophytose trichophytique : absence de fluorescence
- Erythrasma à Corynebacterium minutissium : fluorescence rouge corail</td></tr>
<tr><td>Prélèvements</td><td colspan="2">= De squames (grattage), cheveux ou ongles atteints (pas d'écouvillonnage) :
- Examen mycologique direct : présence de filaments septés ➝ pose le diagnostique
- Culture sur milieu de Sabouraud (long délai : 3-4 semaines) : précise le genre et l'espèce</td></tr>
<tr><td>Histologie</td><td colspan="2">- Biopsie cutanée d'une dermatose inflammatoire non caractérisée : découverte fortuite de filaments mycéliens par coloration au PAS</td></tr>
</table>

TTT		- **Antifongique local** = **imidazolé**, **ciclopiroxolamine**, **terbinafine** : galénique adaptée, 1-2 applications/j x 3 à 4 semaines - **Antifongique général** : - 2 semaines (peau glabre) à plusieurs mis (ongles - **Griséofulvine** : fongistatique (donc assoc systématique à une TT local), 1 g/j (adulte), 20 mg/kg (enfant, le seul antifongique systémique utilisable chez l'enfant), à prendre au milieu d'un repas avec un corps gras pour facilite l'absorption EI = **photosensibilité, interactions** - **Terbinafine** : fongicide, non disponible chez l'enfant, peu d'interaction **EI**= tb digestifs, modifications du gout, toxidermies graves, hépatites, cytopénies sévères (rares) Suivi = Transaminases avant traitement et contrôle à 6 semaines - **Itraconazole**
	Pli ou peau glabre	- **Traitement local** si atteinte isolée des plis ou lésions de la peau glabre limitées en nombre et en étendue, pendant 2-3 semaines par azolés locaux (3 semaines) ou terbinafine (1 semaine). - **Traitement systémique** si : - Atteinte palmoplantaire - Multiples lésions de peau glabre - Association à une atteinte unguéale ou pilaire
	Teigne	- **Antifongique local et systémique** : - Pour une durée > 6 semaines - Jusqu'à guérison complète : clinique et mycologique **- Localement** : - Désinfection par polyvidone iodée moussante en shampoing en début de TT - Forme galénique adaptée au cuir chevelue (lotion, crème, shampoing) **- TT systémique** : CI chez la femme enceinte ou allaitante et enfant de moins de 1 an, griséofulvine en 1er intention, terbinafine sinon (CI chez l'enfant) - Associé : **- Désinfection des bonnets, capuches** et **instruments de coiffure** avec un **antifongique en poudre** **- Coupe des cheveux infectés du pourtour des plaques** **- Eviction scolaire sauf si certificat attestant d'une consultation et traitement adapté** - **Examen de la famille** et traitement des sujets atteints (si agent anthropophile) ou de l'animal (si zoophile)
	Ongle	→ Seulement après identification mycologique du dermatophyte responsable **- Antifongique** pendant 3 à 6 mois à la main ou 6 à 9 mois au pied : . **Local** (vernis) si atteinte modérée et distale . **Systémique** par terbinafine si atteinte matricielle ou étendue en plus du traitement local.

INFECTION À MALASSEZIA

Malassezia, notamment ***furfur*** : levure lipophile et kératinophile, commensale de la peau
- Facteur de risque : peau grasse, application de corps gras, chaleur, humidité, sudation, grossesse, hypercorticisme, immunodépression
- Non contagieux

Diagnostic	**Pityriasis versicolor**		- Macules individualisées puis confluentes, de couleur chamois, non prurigineuses, finement squameuse (« signe du copeau »), siégeant au thorax et au cou, pouvant s'étendre à tous les corps (hors paume/plante)
		TTT	- **Kétoconazole topique** avec 2nd application à 1 semaine
	Dermatite séborrhéique		- Fréquente ++ (1 à 3%) chez l'homme adulte - Lésions érythémato-squameuses, généralement prurigineuses, prédominant au visage, notamment aux zones où prédomine la séborrhée (sourcils, sillons naso-géniens, glabelle, lisière antérieure du cuir chevelu) - FDR : VIH, syndrome parkinsonien, cancer des VADS, OH chronique
		TTT	- **Kétoconazole** en gel moussant - **Ciclopiroxolamine** en topique ± **Dermocorticoïdes** dans les formes très inflammatoires
	Pityriasis capitis		- Dermite séborrhéique du cuir chevelu, prurigineuse, fréquente chez le nourrisson
	Folliculite du tronc		- Dermatose de l'homme jeune, souvent prurigineuses, siégeant habituellement au dos
	Fongémie		- Rare, principalement chez le prématuré ou l'immunodéprimé sous nutrition parentérale lipidique par voie IV
	PC		- **Lumière de Wood** : **fluorescence jaunâtre** - **Prélèvement cutané (de squame, Scotch-test cutané)** : examen direct